

Beitrittserklärung

DRK-Kreisverband Birkenfeld e. V.

**DRK-Kreisverband
Birkenfeld e. V.**

Schönlautenbach 17
55743 Idar-Oberstein
www.kv-birkenfeld.drk.de
info@drk-kv-birkenfeld.de

Name, Vorname:	
Straße u. Hausnr:	
PLZ u. Ort:	
Geburtsdatum:	
Telefonnummer:	

Eine Kündigung der Mitgliedschaft kann zum Ende des laufenden Beitragsjahres erfolgen.

2 €*
 3 €
 5 €
 _____ € monatlich
 * monatlicher Mindestmitgliedsbeitrag

Gewünschter Abbuchungszeitraum:
 jährlich
 halbjährlich
 Der Jahresbeitrag bezieht sich auf das Kalenderjahr.

Unterschrift Mitglied

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den DRK-Kreisverband Birkenfeld/**Ortsverein Kirschweiler** bis auf Widerruf, den oben genannten Förderbeitrag zu den oben vereinbarten Terminen mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DRK-Kreisverband/Ortsverein gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die dabei mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE37ZZZ00000542891

Kontoinhaber (Name, Vorname): _____

Straße, Hausnr: _____ PLZ, Ort: _____

Name Kreditinstitut: _____ BIC: | | | | D | E | | | | |

IBAN: D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Datenschutzhinweis: Vorstehende Daten werden nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung Ihrer Mitgliedschaft vom DRK-Kreisverband Birkenfeld und dessen Vertragspartnern erhoben und elektronisch weiterverarbeitet und gespeichert. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Die Daten werden gelöscht, sobald wir kein berechtigtes Interesse zur Speicherung aufgrund vertraglicher oder gesetzlicher Aufbewahrungsfristen haben.